Nº 2.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877

THÈSE

Nº 137

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 avril 1877, à 1 heure.

PAR AMICE-REAY BARKER,

Né à Stoke on Irent (Angleterre), le 20 août 1851.

CONSIDÉRATIONS
SUR LES SOINS A DONNER A LA FEMME
EN DEHORS DE TOUT ACCIDENT
AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Président de la Thèse : M. DEPAUL, *Professeur.*

Juges : MM. VULPIAN, *Professeur.*
DAMASCHINO, LECORCHÉ, *Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1877

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen............... M. VULPIAN.

Professeurs................ MM.

Anatomie. SAPPEY.
Physiologie. . . . . BECLARD.
Physique médicale. . . . . GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale. . . . WURTZ.
Histoire naturelle médicale. . . . . BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales. . . . . CHAUFFARD.
Pathologie médicale . . . . JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale . . . . N. TRELAT.
Anatomie pathologique . . . . CHARCOT.
Histologie. . . . . ROBIN.
Opérations et appareils. . . . . LE FORT.
Pharmacologie . . . . REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale. . . . . . GUBLER.
Hygiène. . . . . BOUCHARDAT
Médecine légale . . . . TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau nés. . . . . PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . PARROT
Pathologie comparée et expérimentale. . . . . VULPIAN
Clinique médicale. . . . . SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique chirurgicale . . . . RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements. . . . . DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHÉ.
BERGERON.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LE DENTU.
BLUM.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BOUCHARD.	DE SEYNES.	GUENIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARDAT.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BROUARDEL.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
CADIAT	FARABEUF.	LANNELONGUE.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours cliniques des maladies de la peau. . . . . MM. N.
— des maladies des enfants. . . . . N.
— des maladies mentales et nerveuses. . . . . BALL.
— de l'ophthalmologie . . . . PANAS.
— des maladies des voies urinaires. . . . . GUYON.
— de maladies syphilitiques . . . . FOURN
Chef des travaux anatomiques . . . . Marc SE

Le Secrétaire de la Faculté : PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. DEPAUL

Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris,
Chirurgien de l'hôpital des Cliniques,
Membre de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. EMPIS

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de médecine.

M. GUENEAU DE MUSSY

Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine.

M. Léon LABBÉ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

M. DESNOS

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

M. Germain SÉE

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

M. Marc SÉE

Chef dès travaux anatomiques de la Faculté de Paris.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES SOINS A DONNER A LA FEMME

EN DEHORS DE TOUT ACCIDENT

AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Comme l'indique le titre de notre thèse, nous avons borné notre étude aux soins nécessaires dans les cas normaux, et nous n'avons pas voulu entrer dans l'indication des dispositions spéciales que réclament les nombreuses complications au cours de la grossesse, de l'accouchement même ou des suites de couches. Notre travail se trouve naturellement divisé en trois parties, qui sont les suivantes :

Des soins à donner pendant la grossesse;

Des soins à donner au moment de l'accouchement;

Des soins à donner pendant l'état puerpéral.

Dans la deuxième partie, qui concerne les soins

réclamés par la femme en travail, nous nous sommes rigoureusement abstenu de toucher à ce qui regarde la pratique de l'accouchement et de la délivrance, ou pour ainsi dire le manuel opératoire ; bien qu'il n'y ait en effet là que le dénouement naturel d'un état physiologique, ce sont après tout des opérations et, à ce titre, elles ne rentrent pas dans notre sujet.

Avant de terminer nos études et de quitter à la fois l'École de Paris et la France, nous voudrions exprimer ici notre vive reconnaissance pour la bienveillance que nous avons toujours trouvée chez nos professeurs de la Faculté et chez nos maîtres des hôpitaux. Nous aimerions seulement à penser que nous nous montrerons digne de l'enseignement que nous avons reçu d'eux, mais en tout cas nous ne pourrons jamais oublier l'accueil si hospitalier qui nous a été fait à la Faculté de Paris et les heureuses années d'étude que nous y avons passées.

I.

DES SOINS A DONNER PENDANT LA GROSSESSE.

On considérait autrefois la femme enceinte comme très-fréquemment atteinte de pléthore, ou du moins comme ayant une tendance à cette disposition. On mettait aussi toujours sur le compte

de cet état pléthorique les différents troubles fonctionnels qui se rencontraient au commencement, ou bien encore aux derniers mois de la grossesse, comme par exemple céphalalgie, somnolence, vertiges, tintements d'oreille, palpitations, dyspnée, etc. Cette manière de voir conduisait naturellement à combattre, par un traitement de déplétion, ces divers désordres, alors même qu'ils n'étaient encore déclarés et en quelque sorte par mesure de précaution; on employait en conséquence les moyens qu'on regardait comme prophylactiques et hygiéniques. On pratiquait chez les femmes la saignée du bras à plusieurs reprises pendant la grossesse.

Cette théorie est maintenant, d'une façon générale, renversée, et on considère comme rares ces cas de grossesse avec prédisposition à la pléthore.

La théorie qui s'est substituée à cette dernière et qui paraît être plus près de la vérité, est que la condition de la femme enceinte est plus rapprochée d'un état chloro-anémique que de la pléthore. Ces principes reposent sur les analyses qu'on a faites du sang de la femme pendant la durée de la gestation, et aussi sur l'analogie qui existe entre les troubles fonctionnels de la grossesse et ceux qui se manifestent dans la chloro-anémie. On a constaté (1), surtout dans les derniers mois, qu'il y a

(1) Regnauld. Thèse.

diminution dans les globules, dans l'albumine du sang, en même temps qu'augmentation dans la quantité d'eau et de fibrine. De nouvelles indications résultent naturellement du fait qu'on regarde maintenant la femme comme ayant subi normalement une modification de circulation et comme étant toujours sur le point de devenir chloro-anémique.

La femme n'est plus soumise aux émissions sanguines; au contraire, elle doit être mise à un régime réparateur, autorisée à manger à son appétit.

Il est à peine nécessaire de parler des vêtements que doit porter la femme. Nous dirons seulement que ses vêtements doivent être tels qu'ils ne compriment ni l'abdomen ni les seins et qu'ils laissent entièrement libre la circulation. Nous ajouterons aussi que dans le cas où il y aurait tendance du fond de l'utérus à se porter trop en avant, la femme devra porter une ceinture hypogastrique faite avec soin; on empêchera ainsi une obliquité antérieure de se produire.

L'attention du médecin ne doit pas négliger un point important de l'hygiène obstétricale, nous voulons parler de l'exercice. A considérer la chose en général, il est évident que tout exercice violent doit être évité, de peur de provoquer quelque accident comme une hémorrhagie ou un avortement; évident aussi que l'exercice modéré est utile pour

tenir la femme en bonne santé. Une remarque qui a son importance, c'est qu'elle ferait mieux de le prendre à pied qu'en voiture. En voiture, en effet, et en chemin de fer, elle est exposée à recevoir des secousses qui pourraient avoir des conséquences sérieuses, surtout si la femme est prédisposée à avorter. Il y a des périodes où elle doit plus qu'à d'autres se garder de s'exposer à de trop grands mouvements : ce sont les périodes qui correspondent aux époques menstruelles, et plus particulièrement pendant les troisième et septième mois, moments où on voit survenir le plus fréquemment les avortements et les accouchements prématurés. Les femmes qui ont déjà eu des fausses couches doivent tout spécialement se bien surveiller à ces moments aussi bien qu'à la période qui correspond aux avortements précédents, car quelques-unes paraissent acquérir l'habitude d'avorter à une date fixe dans le cours de la grossesse.

Les bains ne doivent pas être interdits à la femme enceinte d'une manière générale. On a cité des expériences qui tendraient à montrer que les bains même froids et l'hydrothérapie ont une influence plutôt bonne que mauvaise sur le cours et la terminaison de la grossesse. Les bains chauds seuls ne conviennent pas à cause de leur effet débilitant.

L'urine ne doit pas être négligée, et on fera bien de l'examiner pendant le cours de la grossesse,

même dans le cas où il n'y a eu ni antécédents d'éclampsie ni traces d'anasarque. La précaution est d'autant plus rationnelle que la femme est primipare. On se mettra ainsi en garde contre l'existence de tout signe d'albumine. On sait en effet, selon les recherches de Frerichs, que l'éclampsie peut même se déclarer sans être précédée, comme d'habitude, par de l'œdème.

L'une des règles auxquelles doit s'astreindre le médecin est d'interroger la femme, soit immédiatement, soit dans le cours de la grossesse, de façon à se mettre en garde contre les difficultés et les surprises que sans cela il ne peut prévoir. Après avoir fait, cela va sans dire, le diagnostic de la grossesse, il devra s'informer, en cas de multiparité, du cours et de la terminaison des grossesses antérieures, rechercher s'il y a des fausses couches et essayer d'en découvrir la cause ; la femme est-elle primipare, il s'informera avec soin de la question de savoir s'il y a eu du rachitisme dans les antécédents, et soumettra le bassin à un examen interne, et il fera de même chez la multipare qui n'a pas eu d'enfants à terme. Il est évident que, au fait des accidents survenus dans les grossesses antérieures, il pourra mieux prévoir et prévenir la répétition des accidents.

Telles sont les indications générales que le médecin devra avoir présentes à l'esprit en face

de la grossesse et les précautions pratiques qu'il devra suivre.

II

DES SOINS A DONNER PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Il va sans dire que le médecin n'arrivera auprès de la femme dite en travail qu'après s'être muni des différents objets dont il pourrait avoir besoin dans l'intérêt de la femme ou de l'enfant. Son premier soin sera de s'informer si la femme est vraiment en travail et à quelle période du travail elle en est. Il procède ensuite au diagnostic de la présentation et de la position, et s'assurera que l'enfant est vivant. Tout cela fait, il peut s'occuper des soins nécessaires en commençant à porter son attention sur les arrangements préparatoires qui concernent le lit, la chambre, etc. Les dispositions quant à la chambre que doit occuper la femme pendant son séjour au lit, sont, pour la plupart, prises sans que l'on ait consulté le médecin, de sorte qu'il ne lui reste qu'à les ratifier, à moins qu'il n'y trouve de graves inconvénients.

Il devra cependant exiger que la chambre soit aussi tranquille, spacieuse et facile à aérer que possible, puisque l'observation des règles d'hygiène constitue une partie essentielle du traitement des femmes en couches.

En France et en Allemagne, on a l'habitude d'avoir deux lits, l'un préparé d'une manière spéciale, où la femme accouchera, et l'autre ordinaire, dans lequel elle sera portée après la délivrance.

En Angleterre et en Amérique on laisse la femme accoucher sur le lit qu'elle doit occuper pendant tout le temps qui suivra les couches. Une précaution pratique qui ne laisse pas d'avoir son importance, consiste à veiller à ce que le lit soit garni, non de plumes, mais de matelas faits avec du crin ou du varech. Nous n'avons pas besoin de dire que l'avantage de la méthode des deux lits est d'éviter les dangers que font courir à la femme les mouvements de transport d'un lit à l'autre.

Ces dangers sont un accroissement de fatigue et d'agitation nerveuse, et surtout les hémorrhagies ou les syncopes, ce dernier péril étant particulièrement à redouter pour peu que la femme ait eu des pertes un peu considérables. L'avantage, qu'on se propose dans la méthode française, est que la femme pourra ainsi se reposer dans un lit frais et propre, une fois la délivrance faite, mais on atteint le même résultat par la méthode anglaise, en garnissant le lit de la femme d'une façon qui permette de retirer à la fin tous les linges et les vêtements souillés, et cela au prix d'un très-léger dérangement.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que tout ce que la femme porte pendant le travail doit être

large, ample, flottant, afin de ne la gêner en aucune façon.

La position qu'occupe la femme pendant le travail diffère aussi suivant les pays; le décubitus dorsal est celle qui est adoptée en France, tandis qu'en Angleterre, on préfère le décubitus latéral.

Quant à la position presque universellement adoptée en Angleterre, elle a ce grand avantage qu'elle permet de découvrir moins la femme. Mais elle présente en même temps des inconvénients dont nous ne citons que les deux principaux. Et d'abord il y a toujours une partie de la force d'expulsion qui est perdue pour l'accouchement, parce qu'elle est employée à ramener l'utérus vers la ligne médiane. Le second désavantage est l'incommodité de cette position dans les cas ou on aura à appliquer le forceps. Schröder (1) montre par les statistiques que dans le décubitus dorsal les chances de conservation du périnée sont les plus défavorables.

Pendant la première période de l'accouchement, période de dilatation, la femme est libre de prendre la position dans laquelle elle se trouve le plus à son aise, sauf dans des cas exceptionnels lorsqu'elle se sent faible ou qu'elle souffre d'une hernie, d'un œdème, de varices, etc., et alors elle

(1) Schröder. Manuel d'accouchements, etc.

doit se coucher dès le début. Mais une fois le col dilaté, et en tout cas avant la rupture des membranes, il est nécessaire que la femme se couche, et cette précaution est surtout indiquée quand elle a eu plusieurs enfants, car on sait que dans ces circonstances l'expulsion est quelquefois tellement rapide que l'enfant peut naître la femme debout, avant qu'on puisse arriver à la faire se coucher. Il est évident qu'on s'exposerait dans ce cas, non-seulement à voir l'enfant précipité sur le sol et le cordon se rompre, mais encore à voir se produire un décollement du placenta, une déchirure des parties molles ou même un renversement complet de l'utérus. Même dans cette dernière période cependant, il y a des cas où la femme ferait bien de se lever et de se promener, soutenue par des aides, si elle ne peut marcher seule, par exemple quand les contractions utérines semblent diminuer au lieu de s'accroître, car il semble démontré qu'un exercice modéré a l'effet d'exciter la contractilité de l'organe.

Dans la première période de l'accouchement, le médecin doit porter son attention sur l'état de la vessie et du rectum. Cette précaution est d'autant plus nécessaire qu'il existe le plus souvent pendant les derniers jours de la grossesse un certain degré de constipation et de dysurie. On ordonnera un lavement au début du travail, et on s'assurera que la vessie soit vidée, spontané-

ment, ou par le cathéterisme, si la femme ne peut uriner seule. Ces soins ne sont pas seulement indiqués par des motifs de propreté, mais aussi en raison de certains troubles qui pourraient survenir si on les négligeait. La vessie reste-t-elle distendue pendant le travail, elle pourrait constituer un obstacle à l'engagement de la tête au détroit supérieur et rendre plus difficile l'expulsion du fœtus. Au moment de l'expulsion de la tête, les parois abdominales doivent entrer en contraction, mais la femme au contraire suspend instinctivement ses efforts, à cause de la vive douleur qu'elles réveillent en comprimant la vessie ; ou même si elle ne les arrête pas, leur action est paralysée, par la quantité de liquide interposé entre ces parois et celle de l'utérus. Il pourrait en outre résulter comme conséquence fréquente, de cette distension, une paralysie de la vessie, qui serait la source de difficultés ultérieures. La compression exagérée exercée par la tête produit quelquefois dans ces circonstances, des fistules vésico-vaginales. On a même vu dans des cas rares, il est vrai, une rupture de la vessie. Souvent ce n'est pas la distension de la vessie, qui fait obstacle à l'engagement de la tête ; c'est au contraire la compression, sur le col de la vessie, de la tête déjà engagée qui empêche la miction spontanée.

Dans ce cas, on pourrait porter remède en es-

sayant de repousser un peu la tête avec les deux doigts. Si ces essais ne réussissent pas, il faudra pratiquer le cathétérisme au moyen d'une sonde d'homme qui agira mieux à cause de sa plus grande courbure.

Il arrive souvent que la femme en dehors des douleurs de l'accouchement même, est tourmentée par des troubles qui, sans pouvoir être classés dans la catégorie des complications, la font beaucoup souffrir. Dans la première partie surtout du travail, les femmes se plaignent très-souvent de douleurs de reins qui paraissent résulter de la pression exercée sur les nerfs de cette région par l'utérus. On recommande de les calmer au moyen d'une serviette passée sous les lombes et tenue aux deux bouts par des aides qui soulèvent ainsi un peu la femme. On a aussi conseillé à la femme de se mettre à genoux et d'appuyer ses mains sur un objet quelconque assez élevé, afin defaire incliner l'utérus en avant par son propre poids et de diminuer ainsi la compression exercée sur les cordons nerveux. Mais ce que conseille M. Stolz comme le meilleur moyen de les soulager, c'est la pression exercée, par un aide vigoureux sur la région sacrée profonde, avec la paume de la main, pendant la durée de chaque douleur. Il conseille aussi

(1) Stoltz. Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. I, p. 276.

comme remède plus complet encore la pression exercée en même temps sur les genoux et dirigée vers le bassin, comme si on voulait y enfoncer le fémur.

Chez les femmes nerveuses il survient quelquefois, au début du travail, des frissons violents. Il n'y a rien d'inquiétant dans ce symptôme ; il semble plutôt indiquer selon les observations de Dewees, la terminaison rapide de l'accouchement. Une observation très-nette de ce genre, empruntée à la pratique de Dewees, est rapportée par Cazeaux.

Pour parler des crampes dont souffrent tellement quelques femmes dans les cuisses et dans les mollets, on opposera aux sensations douloureuses, des frictions faites sur l'endroit qui est le siége de la douleur, ou on conseillera à la femme de faire contracter les muscles des membres affectés, en sens inverse de celui dans lequel agissent les contractions spasmodiques.

Vers la fin du travail, la femme est très-souvent tourmentée par une sensation de ténesme rectal qui tient à l'action réflexe excitée par la pression de la tête sur la partie inférieure du rectum. Dans ces cas, il n'y a rien à faire que de convaincre la femme, que ce ne sont là que de faux besoins qui disparaîtront une fois la tête sortie. Il faut bien se garder de lui permettre de se lever pour satisfaire ces sensations.

B.

Très-souvent il arrive que dans les intervalles des douleurs la femme a une tendance irrésistible à dormir. Cette tendance doit être favorisée autant que possible, car non-seulement elle se trouve ainsi reposée, mais aussi les contractions reviendront avec plus de régularité et d'énergie.

Dans un accouchement de durée ordinaire, la femme n'aura pas besoin de nourriture s'il ne s'est pas passé très-longtemps depuis le dernier repas. Si au contraire l'accouchement semble traîner longtemps ou que la femme soit fatiguée, on pourrait lui permettre quelque nourriture légère, et en cas d'épuisement une petite quantité de vin. Souvent les femmes demandent à boire pendant l'intervalle des douleurs, mais si on leur permet de se désaltérer, il faut veiller à ce qu'elles ne boivent que peu à la fois, de peur d'éveiller des vomissements, qui surviennent souvent même spontanément, pendant le travail. Il est mieux aussi, sauf dans le cas de faiblesse extrême, de proscrire toute boisson stimulante à cause de l'agitation qu'elle peut favoriser.

L'accouchement terminé, on laisse reposer la femme quelques minutes pendant qu'on s'occupe de l'enfant, pour lui donner les soins nécessaires. Ce soin ne rentrant pas dans notre sujet, nous n'avons pas l'intention de les traiter ici. Aussitôt la délivrance faite, la première chose qui réclame l'attention du médecin, c'est l'état de l'utérus, qui

doit se rétracter complètement. On s'assurera tout d'abord par le toucher vaginal et par le palper abdominal, non-seulement qu'il reste à sa place, qu'il n'a pas été entraîné par le placenta, mais aussi, toujours par ce dernier moyen, qu'il est fortement revenu sur lui-même et qu'il forme une tumeur dure, arrondie au-dessus du pubis sans aucune tendance à se dilater. Si l'utérus ne revient pas sur lui-même spontanément et s'il menace d'être frappé d'inertie consécutive, on essayera de l'exciter par des frictions répétées sur l'hypogastre, on le fera ainsi se rétracter et chasser tous les caillots qu'il peut contenir. Après qu'on s'est aperçu de la rétraction de l'utérus et de la cessation de l'écoulement, on doit examiner le périnée pour voir s'il a conservé son intégrité.

Les linges souillés retirés et la femme arrangée et pouvant se reposer, le médecin doit rester encore quelque temps, au moins une heure, avec elle, pour veiller à ce qu'il ne survienne pas d'accidents. La femme ressent un besoin impérieux de sommeil, mais il ne faut pas la laisser seule pendant son sommeil, en prévision du danger qui existe d'hémorrhagie. Il faut pendant qu'elle dort surveiller avec une grande attention le facies et l'état du pouls, afin de pouvoir intervenir à la première indication. Le médecin doit examiner une dernière fois l'état de la rétraction de l'utérus avant de partir.

Si la femme doit nourrir, on recommande de mettre l'enfant au sein, après quelques heures, aussitôt qu'elle sera un peu reposée. De cette manière, elle sera moins prédisposée à avoir des tranchées utérines intenses. Trousseau conseille cette pratique pour d'autres raisons, ce « qu'a l'avantage d'une part de façonner le mamelon pour la succion; d'autre part, de débarrasser les conduits galactophores du colostrum qui s'y est concrété; en troisième lieu, de faire prendre tout de suite au nourrisson de bonnes habitudes (1). »

III.

DES SOINS A DONNER APRÈS L'ACCOUCHEMENT

La première visite du médecin après l'accouchement ne doit pas être différée ; ce ne sera pas faire preuve d'une prudence exagérée que de se rendre auprès de l'accouchée dans les huit ou dix heures qui suivent. Dans les visites qui suivent l'accouchement, le médecin doit s'informer avec exactitude de l'état général de la femme. C'est l'aspect de la malade et l'examen de son état nerveux qui pourront fournir les renseignements nécessaires, et cela, au besoin, sans que la malade s'en aperçoive. C'est ainsi qu'elle peut n'être pas remise de

(1) Trousseau. Clinique médicale, t. III, p. 160.

la faiblesse résultant du travail, ou bien, au contraire, présenter une excitation exagérée. Dans les deux cas, l'attention du médecin sera éveillée, et il cherchera immédiatement le point de départ de cet état anormal.

Mais c'est avant tout par l'examen du pouls et de la température qu'il doit se guider. Le pouls, surtout, doit être soigneusement interrogé à chaque visite. A un moment plus ou moins éloigné de la fin du travail, mais dans l'espace des premières vingt-quatre heures, il y a, le plus ordinairement, un ralentissement considérable des pulsations qui, de 75 pris comme chiffre physiologique, descendent à 56 et même souvent au-dessous.

Il a été constaté que ce ralentissement dure pendant trois ou quatre jours chez la primipare et plus longtemps chez la multipare. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que le pouls doit être pris toujours dans la même position. Pendant la fièvre de lait ce ralentissement est, la plupart du temps, moins considérable et on voit quelquefois, mais rarement, il est vrai, le pouls reprendre sa fréquence normale. On comprend que la connaissance de ces faits est indispensable au médecin, pour que, d'une part, il ne s'inquiète pas en constatant un phénomène qui, dans ces circonstances, est physiologique, et pour que, d'autre part, il se tienne sur ses gardes et ne méconnaisse pas le commencement d'un mouvement fébrile.

« Il arrive, en effet, quelquefois, surtout si les accidents inflammatoires ne sont pas tout d'abord d'une très-grande gravité, que le pouls, tout en s'accélérant notablement, ne dépasse pas le chiffre qu'on pourrait regarder comme l'état normal, et alors dans ces cas, si on ne tient pas un compte suffisant de la chaleur de la peau, on peut laisser passer inaperçus des accidents qu'il serait utile de combattre immédiatement. » Et l'éminent observateur (1) rapporte à l'appui de ces remarques le fait suivant, que nous nous permettrons de citer, car il prouve combien ces détails, légers en apparence, exposent à des dangers sérieux :

« C'est ainsi que j'ai vu une femme qui, au moment où le pouls était tombé à 44, fut prise d'une métrite qu'un confrère, très-expérimenté, méconnut au début parce qu'à ce moment le pouls ne battait que 75 fois par minute. En me souvenant du ralentissement qui existait la veille, en tenant compte de la chaleur de la peau et d'un léger frisson survenu pendant la nuit, je pus dire que cette femme était dans un état pathologique déjà assez sérieux, quoique son pouls ne battît que 75 fois par minute.

« Mon avis ne prévalut pas ; aucun traitement actif ne fut institué et le soir même le pouls était monté à 120 ; des douleurs abdominales vives exis-

(1) Blot. Archives de médecine, 1864.

taient et des émissions sanguines locales, quoique assez abondantes, ne purent triompher complètement des accidents, par cela seul que le traitement avait été appliqué six heures trop tard.

« Dans de pareilles circonstances on devra donc toujours avoir égard au degré de ralentissement, antérieur au début de la maladie, et se laisser guider, pour appliquer le traitement nécessaire, bien plus sur les autres phénomènes concomitants que sur le degré de fréquence absolue du pouls. »

En cas de doute, on aura toujours recours à l'exploration de la température et les variations thermométriques décideront, s'il y a lieu ou non, de craindre, d'un côté, un affaissement considérable des forces vitales, de l'autre, l'invasion d'un état fébrile.

Selon Schröder (1) « le thermomètre, chez les femmes en couches, décèle avec tant de précision les moindres perturbations que l'on peut tant que la température reste au-dessous de 38° ou ne dépasse que fort peu ce chiffre s'abstenir d'exploration interne, et si en outre le pouls est très-lent, il faut considérer cela comme la preuve que tout se passe dans l'ordre parfaitement normal. »

L'utérus doit être l'objet d'une observation quotidienne portant sur son volume et sur sa sensibilité.

(1) Schröder, Manuel d'accouchements, etc.

Hâtons-nous de dire que pour cet examen il suffira de pratiquer le palper abdominal sans avoir recours au toucher vaginal, qui doit être évité autant que possible. D'après les résultats des recherches du Dr Wieland (1), sur la rétraction de l'utérus, il ne se fait de diminution régulière et progressive qu'après l'établissement de la sécrétion lactée. Dur et contracté immédiatement après l'expulsion du placenta, l'utérus augmente de volume d'un degré insignifiant pendant les heures qui succèdent; il diminue de nouveau ensuite, tout en restant mou et moins contracté pendant l'état congestionné des seins. On ne le voit disparaître dans l'excavation pelvienne que le onzième ou le douzième jour chez les primipares et le treizième chez les multipares.

Dans un travail plus récent en parlant du retrait de l'utérus, après l'accouchement, le docteur Autefage fixe à peu près la même époque (2).

Ces considérations sont d'une grande utilité au point de vue pratique, car la femme étant, sous tout autre rapport, en bonnes conditions, c'est le degré de retrait de l'utérus, qui doit déterminer la durée de son séjour au lit. Il n'y a point de limite réglée et arbitraire, s'appliquant indifféremment à tous les cas, pour déterminer le mo-

(1) Wieland. Thèse de Paris, 1858, n° 305.
(2) Autefage. Thèse de Paris, 1869, n° 309.

ment ou la femme pourra se lever impunément pour la première fois. Même quand les neuf jours sacramentels se sont passés sans accidents et que la femme demande, avec insistance, à quitter le lit, le médecin doit avoir uniquement égard à l'état de l'utérus et à son degré d'involution, pour accorder cette permission. Il faut attendre que l'utérus ait complètement disparu au-dessous du détroit supérieur du bassin, si on ne veut s'exposer à des accidents. Le retrait de l'utérus n'a lieu qu'en l'absence de maladies intercurrentes, non-seulement de celles qui ont leur point de départ dans l'utérus lui-même, mais aussi bien des autres maladies inflammatoires qu'on voit survenir si souvent dans l'état puerpéral, comme, par exemple, pour ne citer que les plus communes, les affections thoraciques. On a remarqué que même les gerçures au sein qui ont duré un certain temps; influent sur l'état de l'utérus en empêchant ce retrait régulier.

En dehors de toute maladie on voit quelquefois l'utérus rester stationnaire ou même remonter considérablement dans l'abdomen, quelquefois il remonte même au-dessus de l'ombilic et on serait embarrassé et même inquiet, si on n'avait pas présente à l'esprit la possibilité de la distension de la vessie.

C'est, en effet, là une cause fréquente d'erreur. Dans ces circonstances, on trouve, non-seulement

l'utérus refoulé en haut, mais on peut constater une dilatation considérable et une augmentation réelle de volume. On peut s'assurer de ce fait par l'examen hystérométrique. Il suffira, dans ce cas, de pratiquer le cathétérisme, pour voir l'utérus redescendre et revenir à son volume antérieur.

Nous avons été nous-même témoin dans ces derniers temps d'un fait analogue, qui s'est passé dans le service de M. le professeur Depaul.

En observant les précautions que nous venons d'énumérer, on évitera bien des erreurs et même de réels dangers. Les femmes qui ne veulent pas se soumettre à ces indications s'exposent, en effet, non-seulement à des inconvénients sérieux, mais peuvent même compromettre leur vie. Elles pourraient de nouveau voir apparaître les lochies sanguinolentes ou être prises, par suite de refroidissement, de quelque maladie inflammatoire, ou encore voir survenir un déplacement de l'utérus.

Ce dernier accident est assez fréquent comme conséquence d'une pareille imprudence, et se rencontre surtout chez les femmes de la campagne. C'est chez elle, en effet, que se présentent avec la plus grande fréquence les chûtes de l'utérus, aussi bien que les flexions et les versions.

On s'explique facilement le mécanisme de ces accidents en se rappelant l'état de relâchement des ligaments, le poids plus considérable de l'organe gestateur dans les premiers temps, qui succèdent

à l'accouchement, et la pression de la masse intestinale. En supposant que tout marche dans l'ordre régulier et normal, la femme pourra dans les cas ordinaires sortir du vingtième au vingt-neuvième jour et elle pourra reprendre à partir de ce moment ses occupations ordinaires, mais graduellement et peu à peu.

N'oublions pas qu'en même temps qu'on examine l'utérus tous les jours pour constater son volume, on devra porter la plus grande attention sur l'état de l'abdomen en général, et s'assurer par le palper et la percussion s'il n'y a pas de tympanisme, symptôme qui est toujours de mauvais augure.

Outre le volume de l'utérus, on doit pendant les premiers jours explorer au moyen du palper abdominal fait avec douceur, l'état de sensibilité de cet organe et de l'abdomen en général. Une douleur naissant ou augmentant à la pression ferait soupçonner le début de quelque accident dont le devoir du médecin est de chercher la cause.

Après les accouchements un peu difficiles et prolongés, on constate souvent un léger degré d'hyperesthésie, mais qui disparaît de bonne heure. Si au contraire, ces douleurs constantes ne se montrent qu'après le deuxième ou le troisième jour et se généralisent, on aura à craindre quelque localisation inflammatoire et on doit se mettre immédiatement à en préciser la cause et à insti-

tuer un traitement approprié. « Chacun sait en effet combien il est important d'agir dès le début dans les inflammations puerpérales; quatre ou cinq heures de retard peuvent rendre inefficace le traitement le plus rationnel. Ici, plus qu'en aucune autre circonstance, il faut observer le principe thérapeutique, *principiis obsta.*»

Il nous reste à parler des lochies, point important en ce qu'il dénote souvent des troubles qui passeraient inaperçus. Cet écoulement physiologique provenant de l'utérus, débute peu de temps après la délivrance et paraît tout d'abord sous la forme de sang pur. Au bout de deux jours, il devient sanguinolent et cesse ou diminue pendant la montée du lait, pour disparaître de nouveau et prendre l'aspect blanc jaunâtre, purulent vers le huitième et disparaître enfin au bout d'un temps qui varie entre quinze jours et trois semaines. Il persiste quelquefois jusqu'à l'époque du retour des règles, chez les femmes qui n'allaitent pas.

Le médecin doit surveiller toutes les phases que parcout cet écoulement et être prompt à constater les variations qui pourraient indiquer l'existence d'un état morbide. La fétidité de l'écoulement, sa suppression subite et précoce, devrait éveiller l'attention et faire chercher l'état pathologique qui en est la cause. Il y a d'autres variations qu'on peut rencontrer. Les lochies peuvent rester trop longtemps sanguinolentes ou purulentes ou dans l'une

ou l'autre de ces deux périodes elles peuvent être trop abondantes.

Dans le premier cas, où l'écoulement sanguinolent durerait longtemps, cette durée peut être due à plusieurs causes. Si elle tient à une ulcération plus ou moins étendue du col de l'utérus due aux déchirures faites au moment de l'accouchement, on traitera le mal par de légères cautérisations répétées. Il se pourrait qu'il prît son origine dans une irritation locale provoquée par une constipation opiniâtre, sans lésion appréciable. Il pourrait en outre dépendre d'un état fébrile passager, ou au contraire résulter d'une débilité générale. Dans le dernier cas, une médication tonique est la seule appropriée. Si c'est l'écoulement purulent, qui persiste au delà du temps normal, ou se montre en quantité exagérée, la cause pourrait être la même que dans le cas précédent, mais le plus souvent, l'anomalie serait liée à une métrite catarrhale ou à un phlegmon périutérin, et on lui opposerait un traitement antiphlogistique et des injections astringentes.

Un des premiers points sur lesquels le médecin doit fixer son attention en revoyant pour la première fois la malade est le fonctionnement de la vessie. Il arrive souvent qu'il y a une rétention d'urine qui peut suivre immédiatement l'accouchement ou survenir quelques jours plus tard. Elle résulte dans les deux cas de la compression

exercée sur la vessie par la tête de l'enfant pendant un séjour trop prolongé dans l'excavation pelvienne, mais dans le second, il y a ordinairement de l'inflammation, tandis que dans le premier, la rétention tient à une simple paralysie passagère. Si le médecin ne s'en inquiétait pas, cet accident pourrait passer facilement inaperçu, jusqu'au moment où il provoquerait des symptômes graves, car la femme peut ne pas se sentir incommodée. Il pourrait arriver que la seule indication de ce fonctionnement incomplet fût un simple malaise ou une douleur peu prononcée du bas-ventre, ou bien un léger mouvement fébrile, que le médecin pourrait bien ne pas attribuer à sa véritable cause s'il se bornait simplement à interroger la femme. Elle peut même croire sa vessie vide alors qu'il y reste encore beaucoup de liquide et que l'organe est assez distendu pour s'élever au-dessus du pubis et former une tumeur proéminante, appréciable à l'œil. Pour éviter une méprise si fâcheuse et qui peut être si facilement évitée, le médecin doit s'assurer régulièrement à chaque visite pendant les deux ou trois premiers jours du véritable état de la vessie. S'il constate l'existence d'une paralysie, il doit veiller à ce que la vessie soit complètement vidée par le cathétérisme deux ou trois fois par jour, jusqu'à la disparition de ce trouble passager et jusqu'au retour de l'organe à son activité normale.

La constipation qui suit habituellement l'accou-

chement résulte souvent d'une paralysie du rectum due à la même cause que celle de la vessie ; elle peut continuer jusqu'à l'apparition de la sécrétion laiteuse, et même au delà de cette époque, sans qu'il résulte aucun inconvénient. Ici il n'y a plus, comme pour la vessie, la nécessité d'intervention immédiate, mais si la constipation persiste, ou détermine de la céphalalgie, de l'insomnie, etc., ou un simple malaise, il y aura indication à la combattre, par l'administration de quelques laxatifs légers, administrés sous forme de lavements ou par la bouche. Même avec une constipation opiniâtre, il faut toujours éviter des drastiques et se tenir bien sur ses gardes en prescrivant les autres purgatifs, car leur emploi ne paraît pas être sans influence sur l'étiologie des accidents inflammatoires (1). « A l'hospice de Stockholm, de 116 femmes en couches purgées, 32 furent atteintes de métro-péritonite et 5 succombèrent, tandis que des 108 auxquelles on donna des lavements simples, 18 présentèrent des symptômes de métro-péritonite et une seule mourut. »

Les seins qui ont commencé de bonne heure, pendant la grossesse, à subir des modifications dans leur aspect et dans leur volume, ne commencent pourtant leur fonctionnement complet que deux ou trois jours après l'accouchement.

(1) Jacquemier. Manuel des accouchements, t. II, p. 596.

Pendant les premières vingt-quatre heures après l'accouchement, un liquide sucré, jaunâtre, est sécrété par les glandes mammaires. Au bout de quarante à soixante heures, les seins se gonflent et durcissent, et il y a un développement considérable des veines sous-cutanées de cette région, qui deviennent visibles à travers la peau. Ces phénomènes précèdent la vraie sécrétion lactée, et constituent ce qui est appelée, peut-être improprement, la fièvre de lait. Il y a des différences d'opinion quant à l'existence d'une fièvre liée à la sécrétion lactée. Quelques auteurs n'y croient pas. D'autres l'admettent, et un troisième groupe n'admet qu'un mouvement sub-fébrile, indiqué par une élévation de température peu prononcée, et une légère augmentation dans la fréquence du pouls. En tout cas, on observe quelquefois des troubles généraux accompagnant ces changements dans l'état des seins; par exemple, la céphalalgie, l'anorexie, la soif, la chaleur et la sécheresse de la peau, le tout précédé quelquefois par de légers frissons. Ces symptômes disparaissent ordinairement au bout de douze ou trente-six heures, en se terminant par une transpiration abondante. Ils se montrent souvent chez les primipares et chez les femmes qui commencent à allaiter de bonne heure. S'ils débutent par un frisson très-prolongé, et si la fièvre continue plus longtemps, le médecin doit s'en préoccuper, car il y aura probablement une phlegmasie qui commence.

Chez les femmes qui n'allaitent pas, il sera quelquefois nécessaire d'intervenir pour diminuer l'engorgement douloureux des seins. Pour cela, on appliquera des cataplasmes, et si cela ne suffit pas, on emploiera des sudorifiques et des purgatifs.

Le fonctionnement de la peau devient ordinairement très-actif après l'accouchement. On a alors à prévenir contre tout refroidissement, comme aussi contre une couverture trop chaude qui ne ferait qu'exagérer cet état continuel de transpiration.

Les tranchées utérines dues aux contractions de l'utérus, surviennent ordinairement peu de temps après la délivrance, et ne se prolongent pas, dans la plupart des cas, au delà de la fièvre de lait. Ces contractions douloureuses sont, le plus souvent, provoquées par quelque corps étranger retenu dans l'utérus, comme, par exemple, des caillots formés par accumulation de liquide dans la cavité ou par des débris de membranes. Ils se développent surtout après un accouchement très-facile et rapide, dans les cas où l'utérus étant très-distendu, montrerait un certain degré d'inertie dans ses contractions « *post partum*, » et dans toute autre condition qui s'oppose au retrait graduel et complet de l'organe, et favorise l'engorgement de ses parois.

On les rencontre plus souvent chez la multipare où elles se montrent avec une fréquence et

une intensité augmentant avec le nombre des couches.

Il est nécessaire de bien reconnaître les caractères de ces douleurs, afin de ne pas les confondre avec celles qui seraient l'indice d'une inflammation commençante. On les différencie facilement par leur intermittence, par le soulagement que leur apporte la pression abdominale, par l'absence de réaction fébrile, et enfin par l'augmentation dans l'écoulement lochial au moment où la femme en souffre.

D'ordinaire, il n'y a pas de raison pour intervenir tant qu'elles ne donnent pas lieu à de trop vives souffrances, puisque c'est plutôt un résultat salutaire que fâcheux qu'elles accomplissent, en effectuant un retrait rapide de l'utérus, et le dégorgement de ses parois. Cependant, si la douleur était excessive, on devrait essayer de la calmer par des cataplasmes et des lavements laudanisés. Il serait peut-être mieux, chez les femmes qui en ont déjà souffert dans des accouchements antérieurs, d'empêcher ces douleurs de se reproduire.

La question du régime de la femme récemment accouchée est d'une importance considérable. Selon la méthode classique, la nouvelle accouchée, suivant un régime sévère, ne mangeait que des potages et des bouillons pendant les premiers jours après l'accouchement. Mais, on a trouvé qu'en permettant à la femme plus de liberté en

fait d'alimentation, et même en consultant son propre goût dans des limites raisonnables, elle n'en souffrait pas. Non-seulement les femmes n'en souffraient pas, mais les résultats obtenus en suivant cette méthode étaient positivement meilleurs ; car, avec le nouveau régime on a remarqué que les convalescences ont été plus rapides que lorsque les femmes étaient mises à la diète. « Il y a cependant, » comme dit M. Playfair (1) en parlant de l'ancienne méthode, « une tendance chez quelques médecins, à tomber dans l'erreur en sens opposé, ce qui les mène à insister pour que la femme mange des aliments solides trop tôt, avant qu'elle ait retrouvé son appétit, régime qui finit par provoquer des nausées, de l'embarras gastro-intestinal. »

Un régime léger, des bouillons, des potages, des œufs, du lait, etc., lui suffiront pendant les premiers jours ; car, d'après ce qu'on a observé, l'appétit de la nouvelle accouchée est diminué, et ne reparaît qu'après un certain temps. Une fois qu'il est revenu, elle peut manger de la viande ; plus tard, des légumes, et après que la sécrétion laiteuse s'est faite, elle peut reprendre son régime ordinaire.

(1) Playfair Treatrise on the Science und Practice of Midwifery, p. 251.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulations de la tête.

Physiologie. — De la sécrétion des larmes et des voies qu'elles parcourent pour arriver à l'extérieur.

Physique. — Hygrométrie. Effets de l'humidité de l'air ; ses variations.

Chimie. — Des combinaisons de l'arsenic et de l'antimoine avec l'oxygène ; préparations et propriétés de ces combinaisons.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des poissons ; leurs classifications ; des poissons électriques; des poissons toxicophores ; des huiles de foie de poisson (morue, raie, squale, etc.), de l'ichthyocolle ou colle de poisson.

Pathologie externe. — Du traitement des luxations compliquées de fractures.

Pathologie interne. — Des pneumonies secondaires.

Pathologie générale. — De l'influence des âges sur les maladies.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Anatomie pathologique. — Etude anatomique de la thrombose.

Pharmacologie. — De l'éther employé pour la préparation des teintures éthérées; comment prépare-t-on celles-ci ? quelles sont celles qui sont le plus employées? quels sont les principes que l'éther enlève aux plantes?

Thérapeutique. — De la dose médicamenteuse suivant les âges et les diverses conditions individuelles.

Hygiène. — De la densité et de la raréfaction de l'air dans leurs effets sur l'organisme.

Médecine légale. — Quels sont les moyens à employer pour prendre l'empreinte des traces de pieds ou autres sur la boue, la neige, etc.?

Accouchements. — De la grossesse extra-utérine.

Vu : Le président de la thèse,
DEPAUL.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie,
MOURIER.